

AL DIRIGENTE
SCOLASTICO DELL'ISTITUTO
COMPENSIVO "B. GENOVESE"
DI BARCELLONA P.G.

OGGETTO: DOMANDA PER LA CONCESSIONE DI PERMESSI RETRIBUITI ASSISTENZA FAMILIARE
PORTATORI DI HANDICAP (LEGGE 05.02.1992 N. 104 ART. 33,). (PERSONALE DOCENTE ED ATA)

ANNO SCOLASTICO _____

L SOTTOSCRITT _____ IN SERVIZIO PRESSO QUESTO
ISTITUTO A TEMPO _____ IN QUALITA' DI _____,

CHIEDE

AI SENSI DELL'ART. 33 DELLA LEGGE DEL 05.02.1992 N. 104, DI POTER USUFRUIRE DEI PERMESSI
RETRIBUITI PER L'ANNO SCOLASTICO ____/____ PER IL/I SEGUENTE ASSISTITO/I:

COGNOME _____ NOME _____

GRADO DI PARENTELA: _____

COGNOME _____ NOME _____

GRADO DI PARENTELA: _____

A TAL PROPOSITO

DICHIARA

1. DI POSSEDERE I REQUISITI RICHIESTI DALLA LEGGE PER USUFRUIRE PERMESSI RETRIBUITI;
2. DI COMUNICARE I GIORNI O I PERIODI DI ASSENZA IN TEMPO UTILE;
3. DI COMUNICARE EVENTUALI VARIAZIONI DELLA STRUTTURA SANITARIA, DELLE NOTIZIE O DELLE SITUAZIONI AUTOCERTIFICATE RELATIVI ANCHE ALL'ESISTENZA IN VITA DEL PORTATORE HANDICAP;
4. *CHE NESSUN FAMILIARE OPPURE CHE IL/LA SIGN./RA _____ BENEFICIA DEI PERMESSI E DELLE AGEVOLAZIONI DI CUI ALL'ART. 33 DELLA LEGGE 104/1992 PER LO STESSO PORTATORE HANDICAP;
5. *CHE SIA / NON SIA L'UNICO SOGGETTO IN GRADO DI PRESTARE AL DISABILE ASSISTENZA CONTINUATIVA ED ESCLUSIVA CHE, IN CASO DI NON CONVIVENZA, SIA L'UNICO SOGGETTO IN GRADO DI ASSICURARE IL PROPRIO SUPPORTO NEI CONFRONTI DEL PORTATORE DI HANDICAP;
6. CHE IL SOGGETTO PORTATORE DI HANDICAP NON E' RICOVERATO A TEMPO PIENO PRESSO ISTITUTI SPECIALIZZATI;

7. CHE IL CERTIFICATO RILASCIATO DA _____
DI _____ IN DATA _____

E' DEPOSITATO PRESSO VOSTRI UFFICI E CHE NON SI E' PROCEDUTO A RETTIFICA O NON E' STATO
MODIFICATO IL GIUDIZIO SULLA GRAVITA' DELL'HANDICAP DA PARTE DELLA STRUTTURA SANITARIA.

L SOTTOSCRITT _ , DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA', AI SENSI DELLE DISPOSIZIONI DI
LEGGE CONTENUTE NEL D.P.R. N. 445 DEL 28.12.2000, CHE LE NOTIZIE FORNITE RISPONDONO AL VERO E
DI ESSERE

CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITA' AMMINISTRATIVE, CIVILI E PENALI IN CASO DI DICHIARAZIONI
FALSE O FRAUDOLENTI DIRETTE A GODERE INDEBITAMENTE I SUDDETTI BENEFICI.

ALLEGA ALLA PRESENTE IL CERTIFICATO (Verbale Commissione medica di verifica) RILASCIATO DA

DI _____ IN DATA _____

E IL DOCUMENTO D'IDENTITÀ DEL DIPENDENTE E ASSISTITO.

BARCELLONA P.G. ____/____/____

FIRMA _____

AI SENSI DELLA LEGGE 675/96 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI, ED IN APPLICAZIONE DELL'ART. 23
DEDECRETO LEGISLATIVO DEL 30 GIUGNO 2003 N. 196 (CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI
PERSONALI) E NEL PIENO RISPETTO DEL TITOLO II PER I DIRITTI DELL'INTERESSATO, AUTORIZZO IL
TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI, RACCOLTI ANCHE CON SISTEMI E PROGRAMMI
INFORMATICI, PER LE FINALITA' STRETTAMENTE CONNESSE ALLE FUNZIONI ISTITUZIONALI .

☐ SI

☐ NO

FIRMA

*Sbarrare con una X la condizione di interesse